

Contribution à l'Étude de la Valeur de la
Biopsie Endo-Utérine par Aspiration à la Sonde
de Novak dans le Diagnostic du Cancer du
Corps Utérin

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté Mixte de Médecine Générale et Coloniale
et de Pharmacie de Marseille

Le 7 Mai 1951

PAR

Hélène ZWIRN

née le 26 Juin 1920 à Marseille

Sage-Femme, (Lauréate de la Faculté), Externe des Hôpitaux

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

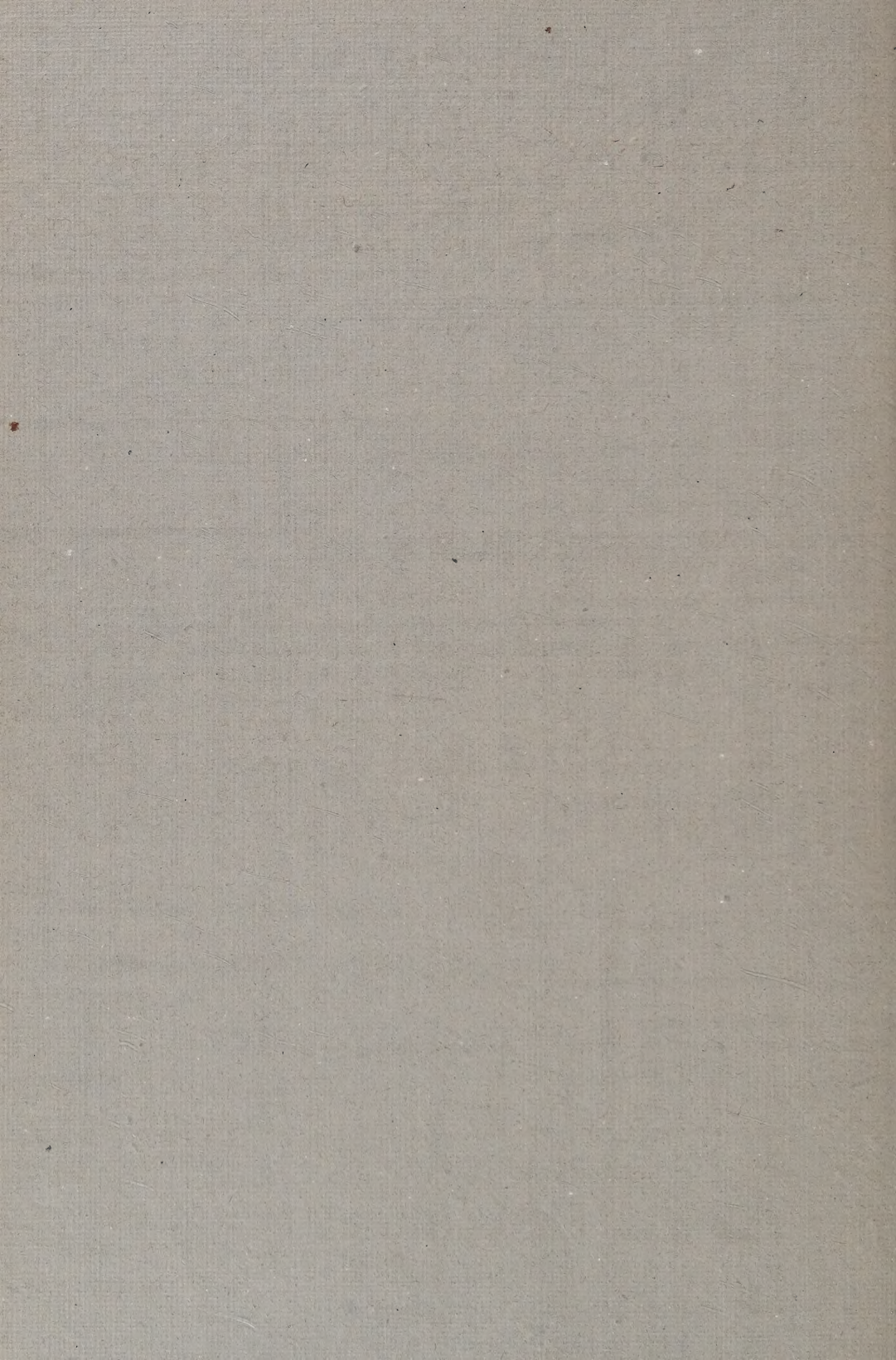
MM. Les Professeurs

Examineurs
de la Thèse

VAYSSIERE
FIOLE
MOIROUD
CHOSSON

Président

Assesseurs



FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

**Contribution à l'Étude de la Valeur de la
Biopsie Endo-Utérine par Aspiration à la Sonde
de Novak dans le Diagnostic du Cancer du
Corps Utérin**

=====

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté Mixte de Médecine Générale et Coloniale
et de Pharmacie de Marseille

Le 7 Mai 1951

PAR

Hélène ZWIRN

née le 26 Juin 1920 à Marseille

Sage-Femme, (Lauréate de la Faculté), Externe des Hopitaux

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

=====

MM. Les Professeurs

Examineurs
de la Thèse

{ VAYSSIERE
FIOLE
MOIROUD
CHOSSON }
}

Président

Assesseurs

Imp. Villard — Marseille

Dépôt légal 3^{ème} Trimestre

1 9 5 1

PERSONNEL ENSEIGNANT

DE LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE

ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : L. CORNIL

Assesseur : G. MORIN

Doyen Honoraire : L. IMBERT

Professeurs Honoraires { MM. GAUJOUX, AUBARET, AUDIBERT, JOYEUX,
OLMER, ROCHE, GABRIEL, HECKENROTH.

Chargé de Cours Honoraires : M. TIAN

Secrétaire : J. COMTE

Bibliothécaire : M^{lle} PERRIN

Professeurs

Anatomie	N...
Anatomie Pathologique et Carcinologie Clinique	CORNIL
Bactériologie et Pathologie Générale	POURSINES.
Chimie Analytique et Hydrologie	RIMATTEI
Chimie Médicale	DERRIEN
Clinique Chirurgicale	FIOLE
Clinique Chirurgicale	MOIROUD
Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédie	SALMON
Clinique Chirurgicale Thérapeutique et Chirurgie Expérimentale	DE VERNEJOUL
Clinique Exotique	BLANC
Clinique des Maladies Nerveuses	ROGER
Clinique Médicale	MATTEI
Clinique Médicale	POINSO
Clinique Médicale Thérapeutique	J. OLMER
Clinique des Maladies des Voies Digestives et de la Nutrition	MONGES
Clinique Médicale Infantile	GIRAUD
Clinique Obstétricale et Gynécologique	VAYSSIÈRE
Clinique Ophtalmologique	JAYLE
Clinique Oto-Rhino-Laryngologie et Maxillo-Faciale ..	BREMOND
Clinique Urologique	CHAUVIN
Histoire Naturelle	BALANSARD
Histologie	ROMIEU
Hygiène et Médecine Préventive	VIOLLE
Médecine Légale et Médecine du Travail	MOSINGER
Parasitologie	SAUTET
Pathologie Chirurgicale	CARCASSONNE
Pharmacodynamie et Matière Médicale	F. MERCIER
Pharmacie, Chimique et Toxicologie	VIGNOLI
Pharmacie Galénique	DELPHAUT
Physiologie	MORIN
Physique Médicale	DUBOULOZ
Stomatologie	BELTRAMI
(Professeurs sans Chaire)	ARNOUX
	PIERI



Chargé de cours

Clinique Dermatologique **M. CHARPY**

Agrégés libres

MM. BERTHIER
AUDIER
BRAHIC
CHOSSON
DOR

MM. FIGARELLA
IMBERT
PAILLAS
RECORDIER

Agrégés en exercice

MM. BERNARD
GRANJON
GRISOLI
HENRY
JOUVE
LAMY
LAVAL

MM. LENA
MONGES Henri
OLLIVIER
OURGAUD
PAOLI
RAYBAUD
VAGUE

Maitres de Conférence-Agrégés

MM. DONNET
DUMAZERT
GASTAUT
MOURGUE

MM. PELLISSIER
PICARD
RANQUE
ROUX

Chargé des fonctions d'agrégé

Pharmacodynamie et Matière Médicale **J. MERCIER**

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VAYSSIERE

Professeur de Clinique Gynécologique et Obstétricale

Officier de la Légion d'Honneur

A MESSIEURS LES MEMBRES DE MON JURY

MONSIEUR LE PROFESSEUR FIOLE

Professeur de Clinique Chirurgicale

Officier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOIROUD

Professeur de Clinique Chirurgicale

Chevalier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHOSSON

A la mémoire
de mon frère PIERRE
Chevalier de la Légion d'Honneur
Mort pour la France

A MON PERE ET A MA MERE

A MES FRERES

A MA FAMILLE

A MES MAITRES A LA FACULTE
et DANS LES HOPITAUX

A MES AMIS

INTRODUCTION

En matière de cancer du corps utérin, le pronostic dépend de la précocité du diagnostic ; une action chirurgicale rapide sur un utérus cancéreux reconnu tel très tôt au début de l'affection signifie guérison complète durable. L'hystérectomie totale précoce est considérée, dans ce cas, comme une thérapeutique efficace donnant d'excellents résultats de longue durée.

Le diagnostic de cancer du corps utérin est en général facile. Le plus habituellement nous soupçonnons un cancer utérin chez une femme ménopausée qui vient consulter pour des pertes rouges survenant sans cause apparente après un arrêt des règles remontant parfois à plusieurs années. Brusquement, la malade a des pertes à type de métrorragies inopinées récidivantes. Ces métrorragies peuvent s'accompagner de leucorrhée séreuse ou rosée ou purulente et fétide auxquelles se surajoutent des phénomènes d'irritation intercrurale. L'état général est bien conservé, quelques douleurs s'associent parfois aux pertes.

Devant un tel tableau clinique, il est indispensable de poursuivre les investigations. Le but à atteindre est d'avoir soit une image radiologique, soit une image histologique, soit même actuellement une image directe de la tumeur soupçonnée.

Un procédé permettant l'examen histologique de l'endomètre nous a semblé intéressant : c'est la biopsie par aspiration à la canule de NOVAK. Ce procédé destiné à remplacer le curetage biopsique de l'utérus offre certains avantages que nous nous promettons de mettre en valeur au cours de cette étude.

L'importance de la biopsie dans le diagnostic de cancer est telle que tous les procédés permettant le prélèvement d'un fragment d'endomètre doivent être pris en considération. La canule de NOVAK nous paraît être une amélioration des méthodes classiquement employées. Elle a, en outre, l'avantage d'être mieux acceptée par les malades.

Cette étude de la valeur de la biopsie endotérine par aspiration à la sonde de NOVAK dans le diagnostic de cancer du corps utérin est basée sur seize observations, observations dues à la pratique de M. le Professeur CHOSSON et de mon père, M. le Docteur ZWIRN.

Les résultats biopsiques « positifs » ont été, dans la plupart des cas, contrôlés par l'examen de la pièce anatomique. Si la biopsie a été « négative », les investigations ont été poursuivies. Aucun retard n'a été apporté à une thérapeutique précoce, facteur capital du pronostic.

CHAPITRE PREMIER

Méthodes Utilisées dans le Diagnostic du Cancer Corporeal

Les symptômes de cancer du corps utérin sont de valeur inégale. Il est nécessaire de bien les préciser et de les apprécier chacun séparément sans oublier qu'une confirmation histologique est toujours nécessaire.

Une femme ménopausée ou non, vient consulter pour des « pertes hémorragiques » à type de « règles qui reviennent » ; pour des « suintements hémorragiques » spontanés, tenaces, à répétition, s'accompagnant fréquemment d'hydrorrhée ou de leucorrhée purulente, malodorante, irritante, mêlée aux « suintements hémorragiques » pour donner les « pertes roussâtres » pathognomoniques.

Des douleurs hypogastriques, « véritables coliques utérines expulsives » plus ou moins constantes et typiques, souvent trompeuses par leur banalité ou leur absence, s'associent aux métrorragies.

L'examen clinique montre alors un col utérin indemne aussi bien au toucher qu'à la vue. Le corps lui, est volumineux, molasse, plus ou moins mobile et douloureux. Le doigt introduit dans le vagin ramène du sang, que l'examen soit fait en période de pertes ou en période de repos.

Devant cet ensemble de symptômes fonctionnels et physiques, une suspicion naît : sommes-nous en présence d'un cancer utérin ? Seuls des examens complémentaires permettant une étude histologique de la muqueuse utérine nous donneront les renseignements désirés.

Des méthodes plus précises sont utilisées couramment malgré des inconvénients parfois graves.

L'Hystéroggraphie lipiodolée a permis de faire des diagnostics de cancer utérin (Cl. BECLÈRE-VAYSSIÈRE, CHOSSON et DONNET-CHOSSON, CASALTA et BERGIER), mais c'est un procédé peu sûr tant du point de vue clinique que du point de vue vital. Il peut rendre de grands services associé à d'autres investigations mais il n'en reste pas moins dangereux, long et imprécis.

Plus récemment, l'examen des frottis vaginaux suivant la méthode de PAPANICOLAOU a été préconisée comme méthode de diagnostic du cancer utérin (NETTER, YANEVA, LAMBERT et LAULANIE). C'est un procédé à associer à d'autres procédés. Il « a été créé par PAPANICOLAOU spécialement dans le but de servir comme moyen de dépistage systématique du cancer et non dans l'intention de remplacer une biopsie histologique » (J.-P. PUNDEL).

La méthode par aspiration est une variante du curettage biopsique.

Méthode ancienne ayant fait ses preuves depuis longtemps ; le curettage-biopsie est cependant combattu par de nombreux auteurs bien que la plupart le reconnaisse comme nécessaire. Les dangers d'essaimage néoplasique, de perforation utérine suivie de péritonite, sans parler de considérations matérielles (nécessité de petite dilatation, hospitalisation, anesthésie, immobilisation) sont autant d'arguments contre le curettage explorateur, procédé actuellement le plus couramment employé pour une biopsie de l'endomètre supposé néoplasique.

« A l'étranger, et particulièrement en Amérique du Nord, la pratique du curettage est une obligation absolue devant tout cas suspect, au même titre que la biopsie du col ; gravement coupable est celui qui le néglige...

« En France, au contraire, le curettage biopsique a fait l'objet de nombreuses critiques, et nos rapporteurs se sont attachés à nous en montrer les inconvénients et les dangers ; ils en rejettent avec raison l'emploi systématique.

« Il est difficile, cependant, de se passer des précieux renseignements qu'il est susceptible de fournir tant au point de la réalité du cancer que de la détermination de son degré histologique très utile pour le pronostic...

« Beaucoup moins fidèle et moins complète est la biopsie endo-utérine cependant moins traumatisante et moins dangereuse, qu'on la pratique à la curette de DOUAY ou à l'aspiration avec la sonde de NOVAK... » (P. CHALNOT et J. LOUYOT).

Telle est l'opinion des rapporteurs du XIV^e Congrès français de Gynécologie 1950, consacré au cancer utérin. Dans notre travail nous nous efforcerons de mettre en évidence les avantages de la biopsie par aspiration à la sonde de NOVAK.

CHAPITRE II

La Sonde à Aspiration de Novak

C'est en 1935 que NOVAK présenta sa sonde à aspiration endo-utérine pour biopsie d'un endomètre fonctionnellement déficient ou anormal.

Bien des auteurs avant lui avaient imaginé des procédés de biopsie de l'endomètre. L'avantage de l'appareillage de NOVAK est sa simplicité de conception, de maniement, d'entretien. Il faut également remarquer la grande surface sur laquelle peut porter l'examen avec un traumatisme minime.

Recourbée en bécuille et latéralement percée d'une fenêtre ovale à bords tranchants découpés en dents de scie aiguës, la canule de NOVAK introduite dans la cavité utérine accroche la muqueuse au moment de l'aspiration et en arrache des fragments.

L'aspiration se fait soit au moteur électrique, soit à la trompe à eau, soit, plus couramment en France, à la seringue.

Le diamètre réduit de la canule permet une introduction aisée dans le canal cervical sans dilatation préalable. Sa mania-bilité et sa forme redressée à son extrémité permettent une application aisée sur les faces et les bords de la cavité utérine. Les prélèvements sont nombreux et de siège varié, d'autant plus faciles que le tissu néoplasique, très friable, s'aspire électivement.

La biopsie endo-utérine par aspiration à la sonde de NOVAK ne demande en effet ni préparation ni soins spéciaux après application, ce qui permet son emploi au cabinet même du médecin.

Les fragments d'endomètre ainsi prélevés sont suffisants pour un examen histologique. On les recueille dans le liquide choisi comme altérant le moins la structure histologique en vue d'un examen anatomo-pathologique qui nous fixera rapidement sur le diagnostic et par la suite nous donnera les indications sur la conduite à tenir.

CHAPITRE III

Technique de l'Aspiration Endo - Utérine à la Sonde de Novak

Connaissant la sonde de NOVAK à aspiration endo-utérine nous allons l'utiliser dans le diagnostic du cancer utérin.

Son emploi classique est l'étude de l'endomètre présentant des troubles fonctionnels, en particulier, étude du cycle menstruel dans les cas de stérilité. L'étude du cycle en vue de déterminer la période la plus favorable à la fécondation demande des biopsies multiples, rapprochées dans le temps, afin de déterminer le degré d'imprégnation lutéinique et de préciser ainsi la période du cycle pendant laquelle cette imprégnation est optima.

De même, dans les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme, l'étude de l'endomètre est encore le moyen de diagnostiquer le plus précisément l'origine de ces troubles ; surtout s'il s'agit d'atteinte hormonale.

Par la suite, l'étude de l'endomètre renseigne sur l'efficacité d'un traitement, hormonal en particulier. Doit-on poursuivre la thérapeutique entreprise, la modifier et dans quel sens ? C'est encore une fois à une biopsie de l'endomètre que l'on a recours pour obtenir les renseignements désirés.

Ainsi donc, la technique de la biopsie endo-utérine par aspiration est connue. Le but que l'on se propose est d'obtenir le plus de fragments possibles avec le minimum de traumatisme et d'ennuis pour la malade.

La position gynécologique requise pour un tel examen ne présente rien d'extraordinaire. L'usage du spéculum est courant et banal, il va nous permettre de repérer le col, de l'examiner au passage en remarquant bien son intégrité, de le fixer au moyen d'une pince de MUSEUX, temps qui devient inutile par une pratique suffisante de l'introduction de la canule. La sonde de NOVAK montée sur l'appareil à aspiration, seringue ou caoutchouc allant au moteur, est alors introduite dans le canal cervical. Le passage se fait aisément sans forcer, malgré l'absence de dilatation préalable. Il est des cas, cependant très rares, où il est impossible de pénétrer dans le col : atrésie ? sclérose ? courbure ? ou atrophie ? (femme très âgée).

Une fois l'orifice interne du col franchi, on avance prudemment jusqu'au fond utérin, comme si on introduisait un hystéromètre. En appliquant la fenêtre ovale de la sonde sur la paroi utérine on aspire en retirant la canule toujours bien appuyée, il est recommandé alors de retirer l'appareil en imprimant à la canule un mouvement spiroïde.

Les fragments aspirés sont poussés dans le liquide choisi pour les conserver.

Cette manœuvre est renouvelée trois ou quatre fois.

Comme nous venons de le voir, il n'y a aucune préparation de la malade, donc aucune anxiété créée par l'appréhension. Aucune anesthésie n'est nécessaire, donc pas d'hospitalisation, pas d'immobilisation, pas de perte de temps puisque, au cours même d'une consultation, une fois le spéculum mis en place pour un examen direct du col, la biopsie par aspiration peut être pratiquée, si les indications cliniques le réclament.

De nombreux reproches ont été faits à l'emploi de cet instrument dans le diagnostic de cancer du corps utérin. Les principaux sont : le danger de perforation de l'utérus et l'imprécision des prélèvements. Or, il ne faut pas oublier que toute autre méthode est aussi dangereuse et aveugle, et que l'association de la biopsie endo-utérine par aspiration à une hystérographie, par exemple, n'est pas impossible. La friabilité particulière du tissu néoplastique est aussi un argument important en faveur de l'aspiration qui, bien qu'aveugle, est élective.

Pour compenser ces inconvénients, il est juste de voir quels sont les avantages de la biopsie par aspiration. « A condition de pratiquer au moins quatre aspirations, elle est aussi sûre que le curettage biopsique » (BIMES, GUILHEM, PONTONNIER). Ces quatre aspirations sont bien acceptées par les malades car peu douloureuses, elles ne nécessitent pas grandes manipulations, et une fois le spéculum en place, le col fixé, l'introduction de la canule n'est pas difficile ni très douloureuse pour la patiente.

La méthode est simple, inoffensive, efficace, praticable en toute circonstance, rapide et suffisamment précise pour faire un bon diagnostic précoce.

Comparée au curettage biopsique, « véritable intervention chirurgicale », la biopsie par aspiration endo-utérine peut être considérée comme une « ponction veineuse ». C'est assez dire sa bénignité et la facilité avec laquelle on fait accepter par les malades cet examen indispensable pour une thérapeutique curative.

Par ailleurs, les risques de dissémination sont diminués dans de grandes proportions par l'aspiration, le tissu néoplasique va dans la canule et n'est pas promené sur les tissus traversés. Aucun cas de perforation utérine n'a été signalé par les auteurs ayant utilisé la méthode, certains en ont une longue pratique et proclament l'efficacité et l'innocuité de la biopsie par aspiration utilisée dans le diagnostic du cancer du corps utérin.

Il est cependant certains risques qui persistent bien que très rares. Ils sont pratiquement inévitables sauf abstention de la part de l'opérateur, ce qui semble plus grave encore que l'infection ou la propagation d'une infection latente réveillée ou stimulée par le grattage de la muqueuse utérine.

Il est moins grave d'avoir à traiter un abcès du Douglas plutôt que de laisser passer un cancer utérin. D'ailleurs ces risques ne sont pas le propre de la biopsie par aspiration mais se rencontrent tout autant avec les autres procédés d'investigation.

CHAPITRE IV

Emploi dans le Diagnostic du Cancer Corporeal

Les auteurs américains semblent être les premiers à avoir utilisé la biopsie endo-utérine par aspiration dans le diagnostic de cancer utérin. L'emploi de ce procédé a été chez eux fortuit et systématique, lié à des circonstances de guerre. Devant les résultats favorables et encourageants obtenus ainsi, ces auteurs ont jugé utile de diffuser la méthode.

Les avantages de la biopsie par aspiration sont très grands et compensent largement les quelques inconvénients inhérents à une méthode aveugle, tel le fait de passer à côté d'une lésion utérine maligne par insuffisance de tissu à examiner. A ce moment, et surtout si la réponse histologique est « négative », il faut poursuivre les investigations soit simplement par une hystéroggraphie lipiodolée, soit par un curettage biopsique, voir même avoir recours directement à l'hystérectomie avec examen de la pièce anatomique.

1^{er} groupe : EOA diagnostiqués. — Dans tous les cas où le diagnostic de tumeur intra-utérine a été suffisant, affirmé ou infirmé histologiquement sur des fragments prélevés à la sonde de NOVAK, les examens complémentaires n'ont pas été nécessaires. Les vérifications faites se sont trouvées confirmer le diagnostic biopsique, à condition que la réponse anatomo-pathologique ait été « affirmative ». Toujours lorsque l'examen anatomo-pathologique des fragments a conclu à un épithélioma, la pièce anatomique examinée après exérèse a confirmé ce diagnostic (1).

OBSERVATION I. — (J. CHOSSON in : *Marseille-Chirurgical*).

P..., 53 ans, vient consulter le 15 avril 1944 pour « fibrome utérin ». Elle perd depuis 1/6 mois du sang rouge vif avec quelques caillots ; ces pertes sont continues et indolores. Elle a été réglée à 12 ans 1/2. La ménopause a eu lieu à 51 ans sans incidents. Il y a eu 4 grossesses.

C'est une obèse, grosse mangeuse, hypertendue (T.A.=18/10 au V.L.). Au toucher, l'utérus a un volume sensiblement normal, les culs de sac sont souples.

La biopsie à la canule de NOVAK est faite le 20 avril. Examen histologique : Lambeaux de tissu en prolifération d'allure néoplasique. Il s'agit vraisemblablement d'un épithélioma cylindro-cubique n'ayant conservé qu'un minime typisme histo-physiologique... (Laboratoire ANDRAC et GREBUS).

Hystérectomie totale le 17 mai.

Examen de la pièce : volumineux bourgeon sphacélé occupant la cavité utérine et ayant infiltré la paroi.

(1) Les numéros des observations correspondent à l'ordre de classement dans le tableau ci-joint.

Nouvel examen histologique : Epithélioma cylindrique caractéristique.

OBSERVATION II. — (J. CHOSSON, id.).

F..., 64 ans, est examinée le 10 juillet 1946. Elle a eu un mois 1/2 auparavant une abondante hémorragie, brutale, suivie d'un suintement continu. C'est une obèse, grosse mangeuse, hypertendue (T.A. = 22/10) et pendant quelques jours son médecin avait pu penser que l'hémorragie utérine était liée à l'hypertension.

Cette femme a eu 7 grossesses dont 6 accouchements normaux et un avortement, 3 enfants sont décédés, les 3 autres sont vivants en bonne santé. Elle a été réglée à 14 ans et ménopausée à 50 ans sans incidents.

A l'examen on trouve un vagin atrophique dans lequel le col est à peine perçu ; le corps est mal délimité, gros ; les culs de sac sont empâtés.

On prélève un fragment d'endomètre par l'aspiration et le Laboratoire ANTONIETTI répond : épithélioma glanduliforme.

Hystérectomie le 7 août. — Sur la pièce on confirme le diagnostic et on constate que *la tumeur est localisée au voisinage de la corne gauche*.

OBSERVATION III (J. CHOSSON, id.).

H..., 62 ans, est vue le 24 janvier 1947. Elle consulte pour petites pertes intermittentes traumatiques. Elle a été réglée à 15 ans et ménopausée... ne sait quand. Une seule grossesse à 21 ans, terminée normalement à terme ; mais l'enfant est décédé à 6 semaines de ménigite.

C'est encore une obèse, hypertendue (22/10) et présentant une aortite spécifique avec B. W. positif.

Au toucher : le col est mou, légèrement béant ; le corps utérin est augmenté de volume et, quand on l'exprime, laisse échapper quelques petits caillots.

La biopsie ramène facilement quelques gros débris d'aspect vineux. Ils sont examinés par M. GASTAUD, au Laboratoire de la Faculté.

« Muqueuse extrêmement hyperplasique, mitoses en assez grand nombre. Il s'agit indiscutablement d'une malignisation d'un état hyperplasique antérieur ;

on peut même parler actuellement d'un épithélioma du corps ».

Le 18 février 1947 : hystérectomie totale. Sur la pièce, on constate l'existence d'un fibromyome utérin et d'une tumeur bourgeonnante occupant une grande partie de la cavité utérine. Un nouvel examen histologique confirme le diagnostic d'épithélioma, et précise qu'il s'agit d'une hyperplasie au début d'une transformation maligne.

OBSERVATION IV (J. CHOSSON, id.).

L..., 65 ans, consulte le 20 avril 1949. Elle est soignée depuis plusieurs mois pour métrorragies attribuées à un fibrome utérin et on l'a traitée sans succès par l'association Sterandryl - Lutogyl.

Vue en novembre 1948, elle a consulté un gynécologue qui, après exploration lipiodolée, a conseillé une hystérectomie. Cette intervention a été refusée par la malade et son médecin traitant, qui a conseillé de continuer largement l'hormone mâle.

En réalité, cette malade, très craintive, a dissimulé longtemps ses hémorragies ; car, elle a commencé à saigner au cours de l'année 1947.

Réglée à 15 ans, elle a été ménopausée à 54 ans ; elle n'a jamais eu de grossesse.

Au toucher, le col est gros, à petit orifice entr'ouvert ; le corps est petit, mobile.

On fait une biopsie, qui ramène des débris nécrotiques. Le Laboratoire ANDRAC-GREBUS répond : tissu épithéliomateux cylindro-cubique orthoplasique glandulaire de nature corporeale probable avec mitoses et monstruosités en moyenne abondance. Stroma peu réactif.

On l'opère le 30 avril suivant : hystérectomie totale.

La pièce montre : utérus atrophique, plein de liquide purulent et bourgeonnement important

OBSERVATION V (J. CHOSSON, id.).

R..., 57 ans, est examinée le 3 février 1950. Elle a été réglée à 12 ans et a eu des règles régulières jusqu'à ces 6 derniers mois. A ce moment, elle a constaté des intermittences et une diminution du flux sanguin. Elle pense donc être simplement atteinte de quelques troubles de la ménopause. C'est une obèse de 78 kilos, légèrement hypertendue (16/10).

Elle a une fille en bonne santé.

Le toucher montre un gros utérus bosselé, du volume d'une orange, présentant plusieurs nodules fibreux, bien mobile. Le col est gros métritique.

La biopsie par canule de Novak est examinée par le Laboratoire ANDRAC-GREBUS qui conclut nettement à un « épithélioma primitif cylindrique du corps utérin à disposition atypique ».

L'hystérectomie totale est faite le 15 février 1950 et confirme le diagnostic de fibrome avec cancer végétant sur le fond utérin.

OBSERVATION VI (J. CHOSSON, id.).

G..., 64 ans, consulte le 8 mars 1950, pour des hémorragies remontant à 3-4 ans.

Elle a été réglée à 10 ans et demi et ménopausée à 57 ans. Les hémorragies ont été traitées en 1949 par une série d'injections de Testostérone, représentant au total 100 mg.

Au toucher, le col est normal, le corps est un peu gros, mobile, les culs-de-sac sont libres.

La canule de NOVAK ramène un mucus très épais, chocolaté, collant à l'instrument ; dans ce mucus, on trouve quelques débris nécrotiques.

Le Laboratoire ANDRAC-GREBUS conclut à « Tumeur à disposition orthoplasique très suspecte de malignité, du fait de l'intensité de l'hyperplasie et des mitoses ».

Malheureusement, cette femme n'habite pas Marseille et n'a pas été revue. C'est la seule pour laquelle nous n'avons pas de contrôle opératoire.

OBSERVATION IX (D^r ZWIRN, inédite).

V..., 63 ans, entre en juin 1950 à la Clinique Mutualiste pour de petites métrorragies qui se produisent à intervalles irréguliers et ont tendance à se rapprocher. Dans l'intervalle des pertes rouges, il existe toujours une leucorrhée modérée.

A 60 ans, constatation de petites pertes sanguines et le 11 décembre 1946, un curettage-biopsie est effectué et donne le résultat suivant : « le fragment examiné est un fragment exocervical. On note un processus scléreux important. Pas de processus inflammatoire ou néoplasique ». La malade et son médecin, tranquilisés sur la nature des lésions occasionnant les métrorragies, envisagent un pronostic favorable.

Néanmoins, la malade déclare que si les pertes sanguines se sont arrêtées pendant une période assez longue, elle a toujours été sujette à des pertes blanches un peu sales.

Il est impossible de préciser la date de reprise des métrorragies et de fixer la durée de la suppression de ce signe depuis le curettage biopsie du 11 décembre 1946. Il y a pourtant 3 ans et demi entre cet acte médico-chirurgical et le nouvel examen auquel nous allons procéder.

Actuellement, état général excellent, rien à signaler du point de vue pulmonaire, cardio-vasculaire, digestif, urinaire. Pas d'amaigrissement.

Au toucher vaginal, le col est lisse, sans ulcération ; le corps est de volume normal, mobile, indolore. Au spéculum, on voit sourdre un peu de sang par l'orifice du col.

Le 22 juin 1950 : biopsie intra-utérine à la sonde de Novak. Le fragment prélevé est constitué par une mince lamelle de tissu qui, macroscopiquement, ne présente rien de remarquable. Le Laboratoire de la Faculté répond : « Les fragments examinés intéressent des boyaux néoplasiques à disposition trabéculée, avec ébauche de globes kératosiques en divers points. Mitoses atypiques nombreuses. Le stroma réduit à une fine lame conjonctive est le siège d'un infiltrat inflammatoire de type lymphoplasmocytaire.

En conclusion : Epithélioma malpighien spino-cellulaire.

Le 30 juin : hystérectomie totale élargie, sans dissection des artères hypogastriques. L'exérèse affecte la plus grande partie du paramètre.

La pièce opératoire comprend un utérus volumineux normalement, qui montre au niveau de l'isthme utérin : côté droit, une tumeur large comme une pièce de 1 franc, infiltrant toute la paroi utérine jusqu'au péritoine qui, lui, ne présente aucune altération visible. C'est un épithélioma térébrant.

2^e groupe : EOA non diagnostiqués. — 1^o De même, lorsqu'un examen « affirmatif » d'endomètre a conclu à l'existence de lésions inflammatoires ou scléreuses et que l'hystérectomie a été pratiquée, l'étude de la pièce anatomique tant du point de vue macroscopique que microscopique a confirmé ce diagnostic :

OBSERVATION XIV (D^r ZWIRN, inédite).

S..., 42 ans, consulte le 1^{er} avril 1949 pour métrorragies et ménorragies datant de plusieurs mois.

Femme très grosse, a eu deux enfants.

Examen gynécologique difficile : col normal, utérus un peu gros, saigne sans arrêt.

Un curettage biopsique donne le résultat suivant : « épithélioma baso-cellulaire avec mitoses et monstruosité, stroma-réaction modérée ».

Vu son état général, on décide de la traiter par curiéthérapie : 40 milligrammes de radium intra-utérin et dans les culs de sac vaginaux, pendant 9 jours.

La malade sort apparemment guérie : les métrorragies ont disparu. Surveillance de 2 ans : disparition des règles et de quelques pertes que ce soit.

Le 2 janvier 1951, réapparition des pertes sanguines.

Au toucher, le corps utérin paraît normal, mobile, indolore.

Une biopsie à la sonde de Novak donne le résultat suivant : « les fragments examinés sont de très petite taille, englobant quelques formations épithéliales à type glandulaire ou à type muqueux, sans anomalies structurales. Réaction inflammatoire du stroma à type lympho-plasmocytaire prédominant. Il s'agit d'une lésion purement inflammatoire » (Laboratoire d'anatomo-pathologie de la Faculté).

Malgré cet examen qui paraît rassurant : hystérectomie totale.

Sur la pièce anatomique, on constate un petit fibrome sous-muqueux du fond utérin, au niveau de l'isthme, la paroi semble altérée sans donner l'impression de lésion néoplasique.

L'examen histologique donne : « le prélèvement isthmique comporte en surface des lames de coagulum fibrino-nécrotiques richement infiltrées de poly. L'épaisseur de la paroi est le siège d'infiltration cellulaire en nodules plus ou moins importants à type lymphocytaire prédominant ; Le fibrome est constitué par des faisceaux fibrocytiques coupés sous une incidence variable dont les éléments ont une architecture et une morphologie normales. Le tissu est largement vascularisé. Il n'existe, sur les différents fragments prélevés, aucun signe d'ordre néoplasique malin, les lésions observées en dehors du fibrome sont de caractère purement inflammatoire » (Laboratoire d'anatomo-pathologie de la Faculté).

En résumé : chez une femme relativement jeune ayant des métrorragies avec un utérus presque normal comme volume, un curettage biopsique montre la présence d'un E.O.A. baso-cylindrique ; elle est traitée par curiethérapie qui semble efficace pendant deux ans. Une reprise des métrorragies nous incite à faire une biopsie à la sonde de Novak. L'examen histologique ne montre aucun signe de malignité. On pratique quand même une hystérectomie totale. L'examen macroscopique et microscopique de la pièce ne montre aucun signe de malignité.

2° Si la réponse histologique « positive », suffisante en pareil cas à éliminer la malignité du processus a permis une conduite thérapeutique d'abstention opératoire, l'évolution ultérieure confirme le diagnostic d'affection bénigne.

OBSERVATION X (D^r ZWIRN, inédite).

R..., 45 ans, consulte le 15 juin 1950 pour métrorragies presque continuelles depuis le mois de mai 1950.

Une grossesse à terme en 1933 — a toujours eu des règles abondantes — en 1943 : extirpation d'une tumeur bénigne du sein gauche ; en 1947, tumeur bénigne du sein droit ; en 1946 : appendicectomie.

Biopsie de l'endomètre à la sonde de Novak. Le Laboratoire de la Faculté répond : « image à caractère strictement bénin sur une muqueuse en imprégnation folliculinaire ».

Aucune intervention. Arrêt des métrorragies. La malade, revue par la suite, n'a plus aucun signe.

OBSERVATION XI (D^r ZWIRN, inédite).

Ch..., 50 ans, vient consulter le 2 octobre 1950 pour petites pertes sanguines.

Réglée régulièrement. Ménopause à 48 ans sans trouble. 2 grossesses dont 1 mort-né.

Au toucher : col normal ; l'utérus est un peu volumineux, mais très mobile et indolore. Au spéculum, on voit une petite métrorragie de sang noirâtre provenant de la cavité utérine.

La biopsie à la sonde de Novak permet de prélever un fragment dont la structure histologique est : «...Pas de mitoses ni de signes importants d'activité sécrétoire... Il n'existe aucun signe d'ordre inflammatoire ou néoplasique malin sur les fragments examinés » (Laboratoire de la Faculté).

Revue le 20 octobre, la malade n'a plus rien.

3° Pour tous les cas « douteux » ou « négatifs », c'est-à-dire ceux dans lesquels la biopsie par aspiration n'a pas ramené d'endomètre, mais seulement du mucus ou des sécrétions intracavitaires, ou même seulement des fragments insuffisants, des investigations plus poussées ont été nécessaires. Elles ont pu être pratiquées sans retard appréciable et sans que la biopsie antérieure ait provoqué des accidents par fragilisation de la muqueuse ou lésions étendues et profondes.

OBSERVATION VII (J. CHOSSON, in *Marseille Chirurgical*) :

B..., 57 ans, consulte le 28 décembre 1949 pour des métrorragies remontant à un mois, rosées, peu abondantes, intermittentes, et accompagnées de quelques coliques utérines.

Elle a été réglée à 10 ans et ménopausée à 52 ans, sans incident. Elle a eu deux accouchements normaux. Les enfants sont vivants et bien portants.

Le col est normal ; le corps est petit, difficile à sentir en raison d'une paroi abdominale épaisse. L'expression de l'utérus ramène quelques gouttes de sang.

La canule de NOVAK permet de recueillir quelques petits débris, mais l'histologiste répond : « absence de tissu endométrial sur le fragment examiné uniquement constitué par des lames de mucus infiltré de polynucléaires et comportant également quelques cellules épithéliales isolées » (Laboratoire ANDRAC-GREBUS).

Devant ce résultat négatif, j'ai conseillé de faire des explorations plus complètes. Elles ont été pratiquées hors Marseille, par notre collègue MONTFORT de La Ciotat, qui a bien voulu nous tenir au courant ; lipiodol intra-utérin qui n'a pas permis de conclure nettement, puis curettage explorateur qui a décelé un petit polype dont la structure histologique a paru suspecte. De sorte qu'on a été conduit à faire *une hystérectomie*. Sur la pièce, il n'y avait pas de cancer visible.

OBSERVATION VIII (J. CHOSSON, id.).

C. B..., 25 ans, a fait en novembre 1945 un avortement molaire suivi de curettage. Les suites ont été satisfaisantes et le 19 février 1948, elle accouchait à terme d'un enfant vivant, bien constitué. En novembre de la même année survint une nouvelle grossesse qui se termina au deuxième mois par un avortement spontané. Elle continue à perdre pendant 10 à 12 jours, puis tout rentre dans l'ordre spontanément.

Le 12 janvier 1949, les hémorragies recommencent et durent encore au moment où je la vois, soit le 14 mars 1949. Elle a des coliques utérines et expulse sans arrêt de volumineux caillots, ce qui me fait soupçonner d'abord une rétention placentaire banale, en relation avec l'avortement de décembre précédent.

Le col est légèrement béant, le corps est augmenté de volume, sensible, en rétro-position. Je fais une exploration à la canule de NOVAK destinée à compléter mon diagnostic de rétention placentaire, et je retire effectivement un gros débris que je fais examiner au Laboratoire.

La réponse confirme la nature villositaire des débris « placenta organisé, post-abortionum » et la malade est hospitalisée à la Conception, dans le service du Professeur VAYSSIÈRE pour rétention placentaire banale.

Le 18 mars : curettage utérin qui ramène des débris ayant macroscopiquement l'aspect de débris placentaires. Cependant, en raison des antécédents, nous demandons un examen histologique au Laboratoire central des cliniques, et MM. GASTAUD et PAYAN nous répondent peu après :

« La (coupe) intéresse essentiellement l'ancien placenta en cours de nécrose. Seuls persistent quelques îlots de formation ayant la structure des villosités choriales avec cellules de LANGHANS et cellules syncytiales. A leur niveau s'observent des monstruosités cellulaires et des mitoses permettant d'affirmer la malignité du processus en cause. Il s'agit d'un « chorio-épithélioma ».

Hystérectomie totale le 2 avril 1949.

A l'examen de la pièce, on trouve une infiltration du volume d'une noix au niveau du fond utérin.

OBSERVATION XII (Dr ZWIRN, inédite).

S..., 67 ans, nullipare, a été réglée régulièrement ; ménopausée à 52 ans. Quelques petites pertes blanches assez fréquentes traitées par injections vaginales, solution de cyanure de mercure.

En 1935, a subi un curettage pour métrorragies modérées. Depuis le 19 décembre 1950, quelques pertes de sang (un filet de sang). Interruption pendant 8 jours, puis le 12 janvier 1951, consulte pour douleur brutale dans le bas-ventre et expulsion par le vagin d'un gros caillot il y a 5 jours. Le lendemain, nouveaux caillots. Depuis, écoulement de sang continu.

Excellent état général, femme assez grosse, azotémie = 0,62 g., ni sucre, ni albumine.

Au toucher, on constate un col déjeté vers la droite, fermé, lisse. Corps difficilement perçu à cause du panicule adipeux, paraît un peu plus gros que normalement, peu mobilisable, et non douloureux.

L'examen au spéculum confirme l'intégrité du col et son déplacement vers la droite.

Biopsie à la sonde de NOVAK : introduction aisée de la canule dans l'utérus. En appuyant la fenêtre de la sonde sur la paroi antérieure et en aspirant, on ramène des débris de muqueuse qui sont examinés. Sur la face postérieure, la sonde glisse et ne ramène rien qui puisse être envoyé au Laboratoire qui répond : « le fragment prélevé porte sur un tissu endo-cervical dont la muqueuse et les glandes conservent une ordination normale. Le stroma est parcouru de très nombreux néocapillaires congestifs, il est lui-même œdématié, lâche et englobe des cellules de type fibroblastique. Cette image, de caractère purement congestif et œdémateux, ne comporte aucun signe de malignité (Laboratoire de la Faculté).

Le 13 janvier : nouvelle métrorragie assez abondante.

Le 16 janvier : hystérographie lipiodolée avec 8 à 10 cc. de lipiodol à 40 % donnant une image en boule pleine des dimensions d'une orange. Pas d'image des trompes. Un nouveau cliché après aspiration du lipiodol montre un cercle, comme sur les radios en couches minces, de même dimension que la boule pleine. Le centre de la boule est transparent.

Le 19 janvier : hystérectomie totale.

L'examen de la pièce opératoire montre l'existence macroscopiquement d'un utérus plus gros qu'une grosse orange portant un petit noyau fibromateux sous séreux sur le fond. A l'incision de la paroi antérieure de l'utérus en long, on constate à l'intérieur de la cavité utérine la présence d'une tumeur lisse, ferme, rosée, du volume d'une grosse mandarine, fixée au fond de l'utérus par un pédicule court. Cette tumeur libre de toute autre adhérence que le pédicule fixateur occupe la cavité utérine qui, dilatée, reproduit bien l'image en boule observée à l'hystérographie. La paroi utérine, amincie par la dilatation, paraît normale. Les annexes et les ovaires sont normaux.

OBSERVATION XVI (J. CHOSSON, inédite).

A..., 74 ans, consulte le 31 janvier 1951 pour « métrite ». Elle a déjà vu, en 1950, un chirurgien qui l'a hospitalisée quelques jours en clinique et n'a fait qu'un traitement médical en raison d'une « phlébite » (?)

En réalité, les accidents ont débuté en juillet 1950 par des métrorragies intermittentes, peu abondantes, accompagnées d'hémorrhée.

Réglée à 11 ans, elle a toujours été très bien réglée jusqu'à 45 ans. A ce moment, ménopause sans incidents.

Elle a eu 6 enfants dont 5 sont morts en bas-âge (méningite, rougeole...

Elle a été veuve et s'est remariée ; le mari actuel est bien portant.

Etat général bon. Les métrorragies sont peu abondantes, intermittentes, parfois accompagnées de pertes séro-sanguinolentes. Pas de douleur.

Au toucher, on ne recueille que très peu de renseignements, car le vagin est infundibuliforme, atrésié. On ne sent pas le col et il est pratiquement impossible d'identifier et de délimiter le corps.

Avec un petit spéculum, on essaie cependant de trouver l'orifice cervical. on fait une biopsie avec la canule de NOVAK. Cette exploration est très difficile, car la prudence conseille de ne pas enfoncer « à l'aveugle », cette canule dans une cavité utérine dont on connaît très mal les limites et la direction.

Le fragment retiré est examiné par le Laboratoire ANDRAC et GREBUS. En voici le résultat : « muqueuse malpighienne, d'aspect hyperplasique simple sans effondrement de la basale, sans anomalie structurale ; quelques rares mitoses à son niveau. Chorion sous-muqueux richement inflammatoire en éléments polymorphes de type leucocytaire, plasmocytaire et histiocytaire. Donc, facteur *inflammatoire*. Pas de signe néoplasique malin.

Ce résultat s'accordant mal avec l'évolution clinique, on décide de faire une exploration plus complète par curettage, après dilatation. On trouve alors des bourgeons suspects que le Laboratoire identifie très facilement : « boyaux néoplasiques présentant des travées pluristratifiées développées au sein d'un stroma conjonctif abondant. Leurs cellules sont allongées ou ovalaires, régulièrement disposées avec atypie et mitoses d'importance variable selon les points. Par place, les éléments ont un protoplasme plus abondant ; ils ébauchent une disposition lobulée. On note, d'autre part, en surface, une réaction inflammatoire marquée avec nombreux polynucléaires picnotiques.

Cette image représente un E.O.A. épidermoïde, peu différencié de type intermédiaire.

Cette malade est entrée au Centre anticancéreux peu de jours après cet examen.

4° La canule de NOVAK, de petit diamètre, est d'introduction facile dans le canal cervical sans dilatation préalable. Il est cependant des cas très rares dans lesquels il est impossible de passer, qu'il s'agisse de sténose du col, ou de malformations vaginales (cloisonnement, diaphragme). S'il y a sténose, après dilatation on pourra pratiquer soit la biopsie par aspiration, soit le curettage biopsique. S'il y a malformation vaginale, l'hystérectomie trouve son indication sur la simple suspicion d'épithélioma.

OBSERVATION XIII (D^r ZWIRN, inédite).

G..., 65 ans, entre à la Clinique Mutualiste le 20 juillet 1950 pour métrorragies.

Réglée à 12 ans, elle a eu deux grossesses en 1906 et 1907, toutes deux terminées par un avortement spontané. Ménopause à 49 ans.

Deux jours avant son entrée à la clinique, elle constate une petite perte sanguine par le vagin. Cette perte se renouvelant, elle vient nous consulter.

A l'examen, nous constatons : état général excellent.

Au toucher vaginal, le doigt sent au fond du vagin un diaphragme presque entièrement fermé. Le fond du vagin est cloisonné transversalement. L'utérus est senti de petit volume.

Le 21 juillet, une tentative de biopsie à la sonde de Novak échoue parce que le fond du vagin présente, au centre, un petit orifice, en réalité complètement fermé et la sonde est arrêtée à quelques millimètres de ce pertuis qui saigne au contact de l'instrument.

Nous émettons l'hypothèse d'un néoplasme utérin derrière un cloisonnement vaginal et décidons d'intervenir par une hystérectomie abdominale totale.

Intervention le 1^{er} août 1950 : à l'ouverture de l'abdomen, nous trouvons un utérus petit sénile, régulier. Hystérectomie totale facile.

Sur la pièce opératoire, fendue longitudinalement, nous constatons que l'utérus d'aspect normal se continue du côté du vagin par une formation kystique contenant un liquide muqueux. Cette poche est, en réalité, le cul de sac vaginal résultant d'un cloisonnement du vagin, à hauteur de son tiers supérieur. Rien de ce que nous avons sous les yeux ne ressemble à une tumeur maligne.

L'examen histologique de cette pièce donne le résultat suivant : « ...lésion d'ordre inflammatoire, simple, avec poussée aiguë surajoutée sans signe de malignité sur les fragments examinés (Laboratoire de la Faculté).

OBSERVATION XV (J. CHOSSON, inédite).

A..., 47 ans, examinée le 8 décembre 1947 pour métrorragies très abondantes depuis quelques semaines, mais en réalité, à caractère progressif et remontant à plusieurs mois. Déjà soignée par deux confrères qui ont conseillé une thérapeutique antihémorragique très simple.

Elle a eu 5 grossesses dont 4 enfants vivants et un avortement.

Toucher : gros col de multipare, corps rétroposé, de consistance ferme, de volume sensiblement normal.

Le col, malgré son volume, est très difficile à franchir et toutes les tentatives d'introduction de la canule de Novak se montrent inutiles.

Dans ces conditions, on fait un curettage explorateur qui ramène de gros débris dans lesquels le Laboratoire n'identifie pas de tumeur maligne. Cependant, étant donné l'âge de la malade et l'importance de la dernière hémorragie, on fait une hystérectomie. L'examen de la pièce par le Laboratoire ANDRAC et GREBUS a montré qu'il s'agissait d'un utérus fibreux typique.

**TABLAU SYNOPTIQUE DES CAS SUSPECTS DE CANCER UTÉRIN ÉTUDIÉS PAR BIOPSIE
A LA CANULE DE NOVAK**

N°	AGE	SYMPTOMES CLINIQUES	BIOPSIE (NOVAK)	DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE		DIAGNOSTIC OPÉRATOIRE SUR LA PIÈCE	EXAMENS COMPLÉMENTAIRES
				CANCER	AUTRE DIAGNOSTIC		
I	53	Fibrome utérin, mé- trorragies depuis 16 mois.	+	EOA cylindro-cubi- que.		EOA cylindrique ca- ractéristique.	
II	64	Hémorragies, suin- tement.	+	EOA glanduliforme.		Tumeur maligne de la corne gauche.	
III	62	Petites pertes inter- mittentes trauma- tiques.	+	EOA du corps.		Hyperplasie au dé- but de transfor- mation maligne.	
IV	65	Métrorragies depuis 2 ans.	+	EOA cylindro-cubi- que, orthoplasie.		Atrophie, pus, bour- geonnement.	
V	57	Intermittences et diminution des règles.	+	EOA primitif cylin- drique.		Cancer végétant du fond utérin.	
VI	64	Hémorragies depuis 3 ans.	+	Suspicion.	Hyperplasie et mi- toses très suscep- tes.	INCONNU	
VII ...	25	Métrorragies rosées et coliques utéri- nes.	+		Absence de frag- ments.	Pas de cancer visi- ble.	Lipiodol, curettage, polype suspect.
VIII ...	57	Hémorragies post- abortion.	+		Placenta organisé post-abortion.	Chorio-épithélioma, infiltration du fond.	
IX	63	Métrorragies, leu- corrée, 50 ; biop- sie 1945.	+	EOA spino-cellu- laire.		EOA térébrant de l'isthme utérin.	

TABLAU SYNOPTIQUE DES CAS SUSPECTS DE CANCER UTÉRIN ÉTUDIÉS PAR BIOPSIE
A LA CANULE DE NOVAK (suite et fin)

N°	AGE	SYMPTÔMES CLINIQUES	BIOPSIE (NOVAK)	DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE		DIAGNOSTIC OPÉRATOIRE SUR LA PIÈCE	EXAMENS COMPLÉMENTAIRES
				CANCER	AUTRE DIAGNOSTIC		
X	45	Métrorragies.	+		Image bénigne. Imprégnation lumineuse.		
XI	50	Petites pertes sanguines.	+		Pas de signe de malignité.		
XII ...	67	Hémorragies et caillots.	+		Pas de signe de malignité.	Fibrome pédiculé intra-cavitaire.	Hystérophographie.
XIII ..	65	Métrorragies.	Impossible.				Hystérectomie.
XIV ..	42	Métrorragies. Ménorragies. Curiothérapie pour EOA 1949. Pertes 1951.	+		Lésions inflammatoires.	Aucune lésion maligne.	
XV ...	47	Métrorragies progressives.	Impossible.			Utérus fibreux.	Curetage explorateur.
XVI ...	74	Métrorragies intermittentes. Hydro-rée.	+		Pas de signe néoplasique malin.	Centre anticancéreux pour EOA épidermoïde.	Curetage biopsie après dilatation.

DISCUSSION

L'exposé de ces diverses observations montre les multiples cas rencontrés : diagnostic de cancer soupçonné cliniquement et confirmé histologiquement et opératoirement — diagnostic de cancer soupçonné cliniquement mais nié histologiquement et opératoirement après biopsie endo-utérine par aspiration à la sonde de NOVAK — diagnostics cliniques et histologiques « douteux » ou « négatifs » restés tels par ce procédé et vérifiés par d'autres méthodes et par l'intervention — diagnostic impossible par ce moyen.

Ainsi donc, le diagnostic de cancer utérin est possible par la biopsie par aspiration à la sonde de NOVAK. « En raison de sa simplicité et de son innocuité, la biopsie par aspiration est une mesure de sécurité à laquelle le gynécologue a immédiatement recours chez une malade ménopausée venant consulter pour un premier incident alors que, en pareille circonstance, il reculerait certainement devant un curettage explorateur, l'examen gynécologique étant négatif. Nous insistons tout particulièrement sur la fréquence des cas où l'examen révèle un utérus petit, souple, en pleine involution sénile et où, cependant, la seringue aspire une collecte si abondante que le diagnostic d'épithélioma est déjà une probabilité ». (BIMES, GUILHEM, PONTONNIER).

Ajoutons à ces avantages déjà nombreux, la facilité avec laquelle l'examen est accepté et la facilité aussi, avec laquelle il est pratiqué. C'est « en venant consulter pour un premier incident » que la malade est soumise à un contrôle qui demandait jusqu'alors la réunion du conseil de famille ou peu s'en faut, puisqu'aussi bien pour l'hystérogaphie lipiodolée que pour le curettage explorateur il est nécessaire de prendre rendez-vous, de se préparer, d'être immobilisé, voire même hospitalisé et anesthésié. Et aussi que de frais supplémentaires, alors qu'au cabinet même au cours de l'examen systématique, banal, classique, que pratique tout médecin étudiant un cas gynécologique, il est possible de faire une biopsie, de prélever un fragment d'endomètre qui sera soumis sans tarder à l'examen histologique. Que de temps gagné aussi bien pour le chirurgien qui peut intervenir rapidement et pratiquer une opération radicalement curatrice parce que précoce, que pour la malade.

Il est certain que l'intérêt d'avoir des réponses « positives » ne sera jamais assez souligné. En effet, les réponses « négatives » doivent être toujours vérifiées ou au moins épaulées. Il ne faut pas oublier que le laboratoire, en pareil cas, vient éclairer une opinion clinique, et que la clinique ici, comme toujours en Médecine, garde tous ses droits.

La biopsie par aspiration de la muqueuse utérine se défend encore par le fait qu'elle est un des dérivés des méthodes par aspiration préconisées en matière de diagnostic biologique « de cancer séparé de la surface du corps par une couche de tissus normaux » (J. COURTAL). Pas de dissémination néoplastique possible par ce procédé, le tissu malade, et par suite dangereux, traverse le col et le vagin, mais enfermé dans la canule à aspiration et non au contact des muqueuses comme au cours du curettage.

En regard de ces avantages, les inconvénients de la méthode sont minimes. Les grands reproches faits jusqu'alors à la biopsie par aspiration ne sont mentionnés dans aucun cas d'auteur ayant une grande pratique du procédé, en particulier, il n'est nulle part question de perforation utérine. Bien rares sont les cas où le diagnostic n'a pas été possible par ce procédé, mais la pratique de la biopsie par aspiration n'empêche nullement l'emploi d'autres méthodes soit simultanément soit successivement.

CONCLUSIONS

La valeur de la biopsie endo-utérine par aspiration à la sonde de NOVAK, dans le diagnostic de cancer du corps utérin, nous paraît très sérieuse.

1° En effet, cet examen, complémentaire de la clinique, est simple et, en général, inoffensif.

2° Les résultats sont le plus souvent utilisables pour un diagnostic de cancer du corps. Le temps gagné est alors considérable ; le diagnostic positif de certitude peut être fait en quatre ou cinq jours et l'intervention nécessaire pratiquée moins de huit jours après un premier examen de la malade. Nous soulignons, ici, la valeur de cette rapidité d'action pour le pronostic lointain de la maladie.

3° Si la biopsie ne montre pas de cancer, elle est sans valeur, c'est là l'inconvénient majeur. Mais la malade n'a subi aucun préjudice et peut être soumise, alors, à d'autres investigations.

4° La biopsie endo-utérine par aspiration à la sonde de NOVAK doit être systématique chez les femmes suspectes, avant toute autre exploration plus traumatisante et plus longue.

Il est inutile de substituer un autre procédé à une méthode anodine mais efficace.

Bien des porteuses de cancer utérin ne nous échapperaient plus, car le prélèvement étant pratiqué au cours de la première visite, on peut ainsi éviter de conseiller une investigation plus importante trop souvent renvoyée ou différée par la malade.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers Condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine, dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.

Principales Publications

- C. BIMES - P. GUILHEM - A. PONTONNIER. — La biopsie par aspiration dans le diagnostic des cancers du corps de l'utérus (Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Toulouse, Sce du 1^{er} février 1950, in *Bull. des Gynéc. et Obstétr. de Langue Franç.*, T. II, N° 1, 1950, pp. 114-115).
- J. CHOSSON. — Valeur de la biopsie endo-utérine par aspiration dans le diagnostic du cancer du corps utérin (Journées chirurgicales du Sud-Est, Sce du 31 mars 1950, in *Marseille Chirurgial*, 2^{me} année, N° 3, mai-juin 1950, pp. 377-381).
- J. CHOSSON - CASALTA - BERGIER. — Diagnostic radiologique du cancer du corps utérin (*Bull. Soc. Gynéc. et Obstétr.*, N° 2, février 1939).
- XIV^{me} CONGRÈS FRANÇAIS DE GYNÉCOLOGIE. — 4^{me} rapport, R. LABRY et P.-E. DUROUX (Lyon) : Etude clinique, complications et diagnostic du cancer du corps utérin — 5^{me} rapport, Cl. BECLÈRE (Paris) : L'hystéro-salpingo-graphie dans le diagnostic du cancer du corps de l'utérus — 9^{me} rapport, P. CHALNOT et J. LOUYOT (Nancy). Les tendances actuelles dans le diagnostic, la pathogénie et le traitement du cancer de l'endomètre.
- Frédéric LECLERC. — Thèse, Lyon 1934.
- NETTER - YANEVA - LAMBERT - LAULANIE. — Valeur des frottis vaginaux dans la détection du cancer utérin (*Presse Médicale*, N° 1, 6 janvier 1951, 59, p. 2-3).
- NOVAK. — Curette aspiratrice pour biopsie de l'endomètre (*The Journal of the American Medical Association*, 27 avril 1935).
- J.-P. PUNDEL. — Les frottis vaginaux et cervicaux.
- VAYSSIÈRE - CHOSSON - DONNET. — Cancer du corps de l'utérus diagnostiqué par le lipiodol (*Bulletin Soc. Gynéc. et Obstétr.* - Paris, 23, 1934, pp. 72).
- G.-A. WILLIAMS - C.-B. STEWART. — Aspiration curettage of endometrium in cancer clinic : analysis of 200 cases (*Am. Journal Obstétr. et Gynéc.*, 54, 804-808, novembre 1947).
-

